



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

A N T R A G
zur Ausführung von kernspintomographischer Untersuchungen
MR-Angiographie
(Teil I)

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Beantragte Untersuchungen:

- MR-Angiographien
- MR-Angiographien mittels kontrastmittelverstärkter (CE-) Technik
(MR-Angio der Becken- und Beinarterien nach EBM-GNR 34489)

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift!

1. _____
(Adresse)

2. _____
(Adresse)

II. Fachliche Anforderungen

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Radiologie

Nachweis über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 150 MR-Angiographien gemäß der QS-Vereinbarung

Nachweis einer mindestens 24-monatigen ganztägigen Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik unter Anleitung (12 Monate CT können angerechnet werden)

III. Apparative Voraussetzungen

Es wird folgende Ausstattung zur Behandlung von Notfällen vorgehalten:

- Frischluftbeatmungsgerät
- Absaugvorrichtung
- Sauerstoffversorgung
- Rufanlage

IV. Organisatorische Voraussetzungen

Ich gewährleiste, dass

- der Patient nach einer MR-Angiographie mit Kontrastmittelverstärkter Technik nach Kontrastmittelgabe gemäß den Vorgaben der Arzneimittelinformation des applizierten Kontrastmittels nachbeobachtet werden kann.
- zur Befundung die erstellten Original-Schnittbilder (Quellbilder) herangezogen werden, die Erstellung von geeigneten Rekonstruktionen (insbesondere Maximale Intensitäts Projektions-Rekonstruktionen) zur sicheren Befunddokumentation obligat ist und eine repräsentative Auswahl diagnoserelevanter Original-Schnittbilder und Rekonstruktionen archiviert wird.

V. Dokumentation

Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht dokumentiere ich die Indikation und die Durchführung der MR-Angiographie gemäß den Anforderungen der QS-Vereinbarung.

VI. Apparative Voraussetzungen

Der vom Hersteller vollständig ausgefüllte, unterschriebene Techn. Datenbogen/Gewährleistungsgarantie

ist dem Antrag beigelegt
wird nachgereicht
liegt der KV bereits vor

Der Kernspintomograph steht
in meiner Praxis

in Räumen der Leistungserbringergemeinschaft, des MVZ, im Krankenhaus, Nebenbetriebsstätte

.....
Angabe der vollständigen Adresse

VII. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am
.....erhalten. Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden
 nicht einverstanden
dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

Ich bin einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg die zuständige
Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die apparativen und organisatorischen Gegebenheiten
darauf zu prüfen, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:
Unterschrift Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Untersuchungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die
Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt
werden.

Bei Fragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: **QS@kvbb.de**